



**Pós-Graduação em  
Atenção Básica  
em Saúde da Família**



**FIOCRUZ**  
UNIDADE CERRADO PANTANAL

**ELTON WALDRAFF DA SILVA**

**IMPLANTAÇÃO DO GRUPO HIPERDIA NA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA “SÃO FRANCISCO” EM JI-PARANÁ/RO**

**CAMPO GRANDE/MS  
2014**

**ELTON WALDRAFF DA SILVA**

**IMPLANTAÇÃO DO GRUPO HIPERDIA NA POPULAÇÃO ADSTRITA  
PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “SÃO FRANCISCO” EM JI-  
PARANÁ/RO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito para obtenção  
do Certificado de Pós-Graduação, do Curso  
de Pós Graduação em Saúde da Família da  
Universidade Federal do Mato Grosso do  
Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ms. Renata Cristina  
Losano Feitosa

Campo Grande/MS  
2014

## **DEDICATÓRIA**

À memória de meu avô Xavier João Afrodisio Waldruff, que durante muitos anos, foi o único médico na cidade de Sinimbu/RS e muito antes de surgirem os conceitos formais sobre medicina da família, já realizava uma assistência integral e humanizada à população daquele município, sendo minha fonte de inspiração na prática médica.

## **AGRADECIMENTOS**

Meus sinceros agradecimentos a toda Equipe de Saúde de Saúde da Família – São Francisco, que esteve diretamente envolvida neste Projeto: Jane Magali (enfermeira), Luciana Santos de Santana (Tec. De Enfermagem), Ivana Maforte (ACS), Maria Aparecida Picinato (ACS), Renato Augusto (ACS), Roseli Alves (ACS), Sandra Araújo (ACS), Rosilaine Campos (ACS), Elizandra Lenzi(ACS), Rafaela Rodrigues (ACS) e à direção da Unidade Básica de Saúde São Francisco. Reconheço o esforço coletivo aplicado em prol do sucesso das atividades sem o qual não se poderia ter alcançado os objetivos propostos.

Agradeço ainda à Prof<sup>a</sup>Ms. Renata Cristina Losano Feitosa no exercício de tutoria e por estar sempre pronta a auxiliar nas atividades de orientação deste Projeto, contribuindo para o sucesso na execução das atividades.

À minha família pelo incentivo e apoio incessável durante o período de desenvolvimento das atividades me dando sempre ânimo para perseverar.

## EPÍGRAFE

*“A diferença entre o que nós fazemos e do que somos capazes de fazer seria suficiente para resolver a maioria dos problemas deste mundo.”*

*Mahatma Gandhi*

## **RESUMO**

O presente Projeto de Intervenção consistiu na implantação do “grupo Hiperdia” na Unida Básica de Saúde - São Francisco em Ji-Paraná/RO. O Projeto destinou-se à abordagem sistematizada do paciente Hipertenso e Diabético em reuniões periódicas onde se buscou a realização de educação em saúde continuada, bem como as avaliações clínicas específicas deste grupo permitindo assim uma reorganização do fluxo destes pacientes na Unidade e ampliando o acesso local à saúde. O desenvolvimento do Projeto permitiu ainda uma resposta positiva e satisfatória nos pacientes assistidos, contribuindo sobremaneira para melhor adequação ao tratamento farmacológico, modificação do estilo de vida e, por conseguinte, resultando ao final na melhora clínica dos indivíduos acompanhados e redução das complicações agudas das doenças de base. Houve uma excelente aceitação por parte da população e o “Grupo Hiperdia” já está inserido como estratégia de ação permanente junto ao cronograma da equipe. Verificou-se ainda uma sensibilização importante da Equipe de Saúde da Família local, reestruturando a forma de se abordar o indivíduo diabético e/ou hipertenso.

**Palavras-Chave:** Hiperdia, Projeto de Intervenção, Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

This Intervention Project consisted of extending the "Hiperdiagroup" in the United Basic Health-São Francisco in Ji-Paraná/RO. The project was assigned to the systematic approach of Hypertensive and Diabetic patient at regular meetings where we sought to conduct continuing education in health, as well as the specific clinical evaluations of this group thus allowing a reorganization of the flow of these patients in the unit and expanding local access health. The development of the Project also enabled a positive and satisfactory response in patients assisted, contributing greatly to better adapt to pharmacological treatment, modification of lifestyle and therefore the end result in clinical improvement accompanied individuals and reduction of acute complications of disease base. There was an excellent acceptance by the population and the "Hiperdia Group" is already inserted as a permanent action strategy by the team's schedule. There was also an important outreach team in the local Family Health, restructuring the way to approach the diabetic and/or hypertensive individuals.

**Keywords:** Hiperdia, Intervention Project, Public Health.

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1 –Cronograma das atividades desenvolvidas.....</b>	<b>18</b>
<b>Tabela 2 –Contribuição do NASF nas reuniões do grupo.....</b>	<b>19</b>



## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1 –Territorialização da UBS São Francisco Equipe.....</b>	<b>15</b>
<b>Figura 2 – Primeiro Encontro do Hiperdia 20/04/2014.....</b>	<b>18</b>
<b>Figura 3 –Primeiro Encontro Hiperdia – Palestra.....</b>	<b>19</b>
<b>Figura 4– Participação do NASF nas Reuniões.....</b>	<b>20</b>
<b>Figura 5 – Equipe NASF e Equipe 1 UBS São Francisco – Hiperdia.....</b>	<b>20</b>
<b>Figura 6 –Lanches Saudáveis Oferecidos nas reuniões.....</b>	<b>21</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 –Distribuição percentual da nota geral do Hiperdia atribuída pelos pacientes.....</b>	<b>22</b>
<b>Gráfico 2 –Distribuição percentual da nota atribuída pelos pacientes às palestras.....</b>	<b>22</b>
<b>Gráfico 3 –Distribuição Percentual do local de preferência para renovação de receitas.....</b>	<b>23</b>
<b>Gráfico 4 –Porcentagem de paciente que iniciaram atividade física após as reuniões.....</b>	<b>24</b>
<b>Gráfico 5 –Avaliação percentual dos pacientes quanto a melhoria na atenção à dieta.....</b>	<b>25</b>
<b>Gráfico 6–Percentual de melhoria na atenção ao tratamento medicamentoso.....</b>	<b>25</b>

## SUMÁRIO

<b>1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 Objetivo Geral.....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Objetivos Específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>15</b>
<b>3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>34</b>

## 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 1.1 Introdução

Hipertensão e diabetes são indiscutivelmente dois dos problemas de saúde pública mais importantes no mundo. Em relação à hipertensão arterial sistêmica (HAS), segundo Lopes<sup>1</sup>, a mesma pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica. Desta forma, o achado de medida da pressão arterial  $\geq 140/90$  mmHg para o indivíduo adulto, com base na média de duas ou mais medidas em diferentes visitas, com técnica e aparelho calibrado e com o indivíduo em posição sentada define o diagnóstico. Ainda neste sentido, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>2</sup> a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) e associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

No tocante ao Diabetes mellitus (DM), Lopes<sup>1</sup> afirma que esta, não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. O DM pode ser classificado em alguns tipos específicos, sendo o DM II responsável por 90 a 95% dos casos e intimamente relacionado aos distúrbios cardiovasculares crônicos, sendo, portanto foco deste Projeto de Intervenção.

Do ponto de vista epidemiológico, Cesarino<sup>3</sup> aponta que inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA  $\geq 140/90$  mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, Pereira<sup>4</sup>, afirma que a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de

44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres.

Quando se analisa epidemiologicamente o Diabetes Mellitus tipo II, percebe-se que uma epidemia está em curso. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%. Dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 13,5% em São Carlos-SP e de 15% em Ribeirão Preto-SP.

Procedendo-se uma avaliação epidemiológica local da área adstrita pela USF São Francisco, em 2013 foram computados no Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB, 518 pacientes com Hipertensão arterial sistêmica, 11 diabéticos e 204 pacientes apresentando a associação destas duas comorbidades em uma amostra de 2.920 pessoas cadastradas na unidade. Feitos os devidos cálculos estatísticos, nota-se uma prevalência de 17,7 % de Hipertensão Arterial isolada, 0,37% de DM II isolada e 6,98% de pacientes acometidos com a associação de ambas as doenças. Tendo em consideração a expressiva prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II percebe-se que na área coberta pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), as duas patologias correspondem juntas à 25,05% da população (excluindo-se pacientes das áreas descobertas e subnotificações ocasionais).

De acordo com Benseñor<sup>6</sup>, o aumento dos casos de hipertensão no mundo pode ser atribuído a diversas causas, estando entre os principais fatores de risco: o aumento de peso corporal, excesso da ingestão de bebida alcoólica e o consumo excessivo de sal, a falta de controle destes fatores contribui para o aparecimento da hipertensão e de doenças cardiovasculares, apresentando assim elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como doença cérebro-vascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. Neste sentido, Gusmão<sup>7</sup>, aponta que a adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, é fundamental para o sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde.

Segundo BRASIL<sup>8</sup> o controle e a prevenção de complicações do diabetes são possíveis por meio de programas educativos destacando-se que por ser uma

enfermidade crônica que afeta milhões de pessoas no mundo há a necessidade da criação de enfoques e metodologias que capacitem às pessoas e seus familiares através do acesso a informação e oportunidades que os permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável. Ainda neste sentido, segundo Silva<sup>9</sup>, os profissionais de saúde da atenção primária devem ter competências para atuar na prática educativa em diabetes tipo 2, buscando os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a concretização das ações educativas a serem realizadas junto aos usuários portadores dessa doença, visando a educação para o auto-cuidado da doença.

A probabilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que demanda, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. A abordagem conjunta justifica-se pela apresentação dos fatores comuns às duas patologias, tais como: etiopatogenia, fatores de riscos, cronicidade, necessidade de controle permanente, entre outras conforme Borges<sup>10</sup>.

BRASIL<sup>11</sup> aponta ainda que a identificação precoce e oferta de assistência e acompanhamento adequado aos portadores de HAS e DM e o estabelecimento do vínculo com as unidades básicas de saúde, em especial com as unidades de Saúde da Família, são elementos indispensáveis para o sucesso do controle desses agravos, prevenindo as complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e a mortalidade por doenças cardiovasculares, além de reduzir o custo social e o custo que incorre ao SUS associado às doenças crônicas.

Desta forma, tendo em vista o exposto e considerando ainda que na USF não era desenvolvido, até o momento inicial deste Projeto de Intervenção, nenhum programa de trabalho para este grupo específico de pacientes (hipertensos e diabéticos), justifica-se a elaboração de um grupo de HIPERDIA realmente ativo que desempenhe papel próprio nas ações de prevenção de agravos, promoção e educação em saúde no panorama destas patologias significativas no cenário da saúde pública atual. Assim, permite-se que haja uma aproximação maior do paciente com a equipe de saúde, o que resulta em uma relação de confiança mais estreita e melhor aceitação das orientações, que são fundamentais no manejo clínico adequado dos pacientes enquadrados neste grupo de patologias.

## **1.2 Objetivo Geral**

- Implantar atividades do grupo de Hiperdia na Unidade de Saúde da Família São Francisco em Ji-Paraná/RO, utilizando a educação em saúde continuada.

## **1.3 Objetivos Específicos:**

- Despertar o interesse da equipe de saúde da família da Unidade no tocante a importância do acompanhamento adequado dos pacientes hipertensos e diabéticos na área de referência.
- Reduzir o número de consultas ambulatoriais na Unidade Básica de Saúde destinadas à renovação de prescrições do paciente Hipertenso e/ou Diabético compensado.
- Orientar o público-alvo sobre a importância do uso adequado das medicações e das modificações do estilo de vida necessários para a melhoria da qualidade de vida.

## 2 – ANÁLISE ESTRATÉGICA

Em função do relatado anteriormente e abrangendo ainda o proposto pelos objetivos específicos deste Projeto de Intervenção (PI), foi possível delimitar alguns sujeitos diretamente envolvidos nas programações de trabalho.

Inicialmente, para que se tenha sucesso com o PI e que o trabalho proposto flua como esperado, faz-se necessário a sensibilização direta e precoce da equipe de saúde da família da UBS São Francisco, incluindo ainda a gestão da UBS. Neste ponto, encontram-se os primeiros Objetos do trabalho, os profissionais da equipe São Francisco da UBS São Francisco, quais sejam: quatro Agentes comunitários de Saúde (até o momento – com perspectivas de aumento para oito Agentes), um Técnica de Enfermagem, uma Enfermeira, um médico, uma diretora e uma secretária.

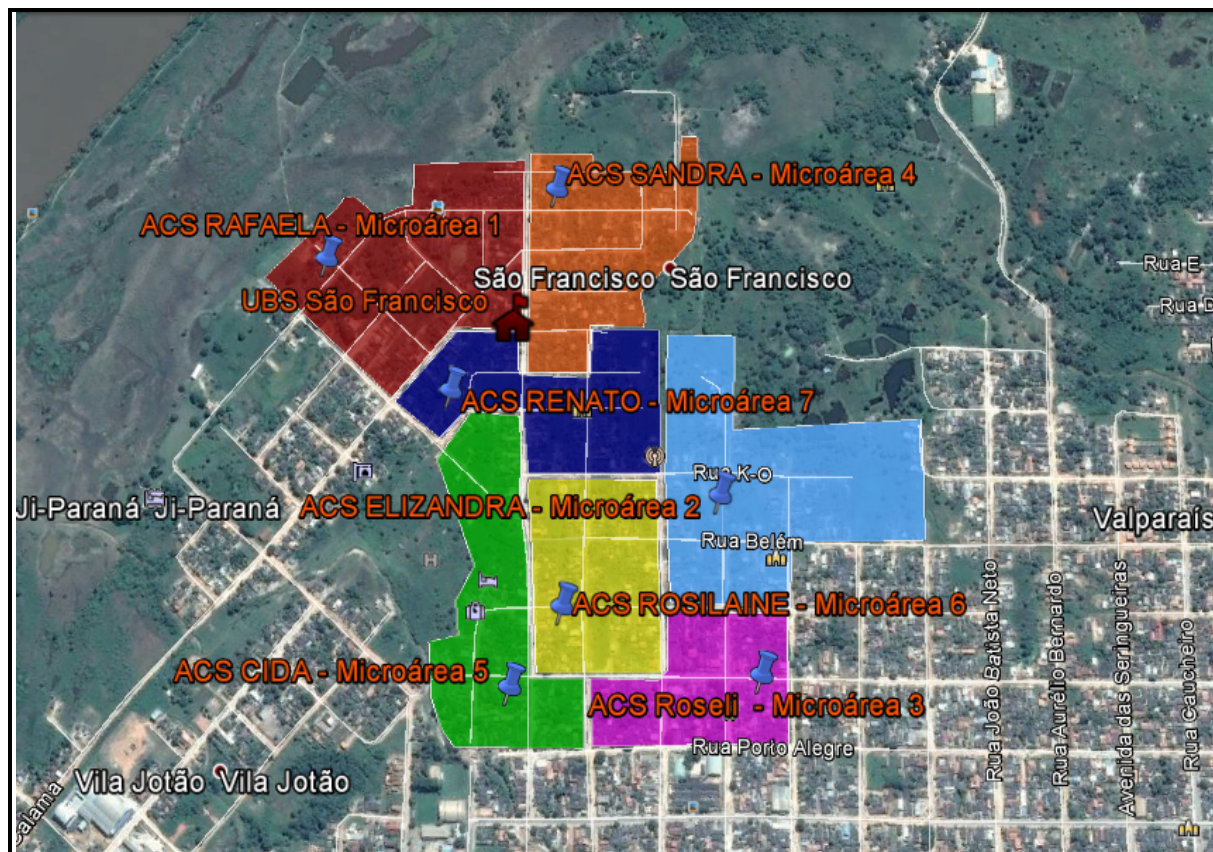
Durante o tempo de existência da equipe, nunca havia sido desenvolvido nenhuma atividade permanente de educação em saúde continuada para grupos específicos na área de abrangência da UBS. Deste fato, decorrem crônicos acomodamentos na dinâmica de trabalho, onde a atuação estava, até então, voltada ao assistencialismo, baseado nas consultas ambulatoriais curativas. Portanto, a sensibilização da equipe sobre a importância da realização das atividades do Grupo Hiperdia entra como marco divisor na proposta de trabalho da equipe, dando lugar a uma temática pautada não só na resolubilidade pontual dos casos, mas também na prevenção de agravos, educação em saúde e monitoramento constante da população específica de pacientes hipertensos e diabéticos. Neste ponto, define-se então uma amostra de nove indivíduos, que compunham o “n” inicial deste trabalho.

Posteriormente, assim como já citado, parte-se para a segunda amostra-alvo deste PI, os pacientes Hipertensos e Diabéticos cadastrados na área coberta pela equipe de saúde São Francisco. Esta amostra se inclui em um ambiente, até então, carente, não só de recursos financeiros e de saneamento, mas também carente de atenção e orientação em saúde, pontos importantes no manejo adequado do paciente hipertenso e/ou diabético. Para definição desta amostra, lança-se mão dos registros disponibilizados pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Desta forma, chega-se a um “n” de aproximadamente 733 pacientes dos 2920 cadastrados até janeiro de 2014. Esse número de paciente inicial tende a tornar-se



maior ao longo das atividades do programa, haja vista a possível inserção de mais ACS's na equipe, o que aumentaria a área de cobertura da equipe

Figura 1 – Territorialização da UBS São Francisco Equipe 1.



Levando-se em conta os objetivos propostos por este plano de Intervenção, a implantação do Grupo Hiperdia segue a proposta de reuniões mensais, que ocorrerão preferencialmente em todas as últimas sextas-feiras de cada mês, com início em Abril de 2014 e com função permanente a contar do mês de Abril/2014. Tal Programa irá compor a rotina e o plano de trabalho da ESF sem previsão de encerramento. No entanto, para avaliar a eficiência do Projeto de Intervenção, bem como julgar os objetivos propostos, ao final de seis meses de atividades serão aplicadas as ferramentas de avaliação do programa.

Assim, a dinâmica do Grupo Hiperdia, consiste em reuniões mensais onde impreterivelmente ocorre a educação continuada em saúde. Nestas oportunidades, serão realizadas palestras educativas à população-alvo acerca de diversos assuntos que circundem as patologias prevalentes aos pacientes daquela área, com enfoque em hipertensão e diabetes. As palestras serão ministradas por todos os

componentes da ESF, bem como por outros profissionais de outras áreas (nutricionistas, educadores físicos, psicólogos), mediante parcerias estabelecidas com outros órgãos municipais.

As reuniões compõe-se ainda, de um período destinado a realização de pequenos lanches constituídos por frutas e sucos naturais doados pelos membros da ESF e ocasionalmente mediante doações de órgãos ou profissionais parceiros, reforçando ainda mais a importância de uma alimentação saudável. Ocasionalmente, poderá ocorrer, mediante doações, o sorteio de alguns brindes aos pacientes que ali se encontrarem. Decorridos as palestras e o lanche, realizar-se-ão as consultas clínicas sistematizadas que abordarão especificamente as patologias Hipertensão e Diabetes, ficando as outras queixas a serem abordadas em consultas na UBS, favorecendo um fluxo mais adequado e maior agilidade nos atendimentos clínicos.

Para a realização destas reuniões, faz-se necessária a disponibilidade de locais que comportem o número contemplado de pessoas, incluindo profissionais e pacientes, bem como que possuam disponibilidade de rede elétrica patente para utilizações de recursos áudio-visuais. Assim, para reforçar a interação da equipe com a população, serão estabelecidos convênios com escolas, igrejas e clubes locais, que por força de doação, cederão seu espaço físico para realização das atividades, sem ônus de qualquer espécie à população, aos profissionais ou à gestão. Para que o projeto abarque o maior número de pessoas possíveis, será realizado um rodízio dos locais cedidos, para que pacientes das diversas regiões da área possam ser atendidos em local mais acessível possível de modo que se ofereça acesso aos pacientes de todas as microáreas do território da UBS.

Para avaliar a eficiência em atingir os objetivos propostos, serão realizadas entrevistas com a ESF, referente às suas opiniões em relação ao projeto e de que maneira percebem as melhorias na população no decorrer do projeto. Por outro lado, também serão aplicados questionários objetivose entrevistas com os pacientes pertencentes ao grupo, no qual se avaliará a positividade ou não da realização do projeto no tocante ao seu próprio bem-estar. Os questionários serão aplicados pela equipe, e além de apresentar linguagem verbal, contarão com a tutoria do ACS responsável ou outro membro da equipe para que os pacientes não alfabetizados possam compreender a proposta ali. Ainda neste sentido será avaliado, mediante observação permanente de prontuários, se está ocorrendo efetiva resposta clínica

decorrente da melhor adesão ao tratamento, bem como da modificação do estilo de vida. Por fim, a avaliação das fichas de produção permitirá identificar em quanto se pôde reduzir o número de consultas na unidade destinadas à troca dos receituários e solicitação de exames do paciente hipertenso e/ou diabético.

### 3 – IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

De acordo com o definido na Análise Estratégica, as atividades propostas foram iniciadas no mês de Abril e foram estendidas até o mês de Setembro de 2014. O intervalo de seis meses das ações foi definido para que fosse possível realizar uma avaliação adequada do impacto do Projeto na comunidade.

Ao longo deste período, foram atendidas 184 pessoas diabéticas e/ou hipertensas, devidamente cadastradas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) no Território de Abrangência da Unidade, realizando-se um rodízio de áreas conforme a distribuição de cada ACS no território.

A Tabela 1 descreve o cronograma, as temáticas abordadas e a quantidade de pacientes atendidos em cada reunião.

**Tabela 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas**

<b>DATA</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES ENVOLVIDOS</b>	<b>TEMÁTICA</b>
<b>20/04/2014</b>	22	Conhecendo Hipertensão e Diabetes
<b>30/05/2014</b>	35	Conhecendo Hipertensão e Diabetes
<b>27/06/2014</b>	20	Conhecendo Hipertensão e Diabetes
<b>24/07/2014</b>	39	Hipertensão e Diabetes – Aspectos Emocionais
<b>29/08/2014</b>	38	Importância da Alimentação Saudável e Exercícios Físicos
<b>26/09/2014</b>	30	A Importância do Colesterol



**Figura 2 – Primeiro Encontro do Hiperdia 20/04/2014.**



**Figura 3 – Primeiro Encontro Hiperdia – Palestra**



As idéias inicialmente propostas na Análise Estratégica, fluíram conforme as programações, tendo sido realizadas preferencialmente em todas as últimas sextas-feiras de cada mês em espaços cedidos por comunidades religiosas locais.

Quando se avalia a educação em saúde executada durante o projeto, reforça-se que além do papel assumido pela equipe de saúde, nos meses de Julho, Agosto e Setembro, foi possível contar ainda com a assistência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio de parcerias firmadas, que contribui positivamente nos esclarecimentos multidisciplinares ao público alvo com temáticas que constam na Tabela 2.

**Tabela 2. Contribuição do NASF nas reuniões do grupo.**

<b>PROFISSIONAL</b>	<b>TEMÁTICA COMPLEMENTAR ABORDADA</b>
<b>Fisioterapeuta</b>	Exercícios: Por que e Como fazer?
<b>Farmacêutica</b>	A Importância do Tratamento Medicamentoso
<b>Nutricionista</b>	Alimentação Saudável do Paciente Hipertenso e Diabético
<b>Psicóloga</b>	Hipertensão e Diabetes – Aspectos Emocionais

**Figura 4 – Participação do NASF nas Reuniões**





**Figura 5 – Equipe NASF e Equipe 1 UBS São Francisco – Hiperdia.**



Conforme definido previamente, em todas as reuniões foram oferecidos lanches para os participantes, com a doação da equipe de saúde sendo também uma oportunidade para estimular hábitos de vida saudáveis (figura 6).

No tocante à avaliação do PI quanto ao alcance dos objetivos inicialmente propostos, foram aplicados questionários objetivos aos pacientes que compareceram às reuniões do grupo com intervalo de no mínimo 20 dias da participação. O questionário que pode ser verificado no Anexo 1, permitiu a avaliação informada das modificações no estilo de vida e aderência ao tratamento após as orientações recebidas nas reuniões.

Além disso, permitiu avaliar a didática adotada nas reuniões e a aprovação da comunidade. Ainda neste sentido, foi oferecida aos pacientes a oportunidade de fazer comentários subjetivos sobre o desempenho das atividades.

Dos 184 indivíduos avaliados, foi possível aplicar e resgatar os questionários em 61 pessoas, fato que pode ser atribuído ao período oferecido para as modificações do estilo de vida, negação a participar do questionário ou por fatores não controláveis pela equipe.

Figura 6 – Lanches Saudáveis Oferecidos nas reuniões

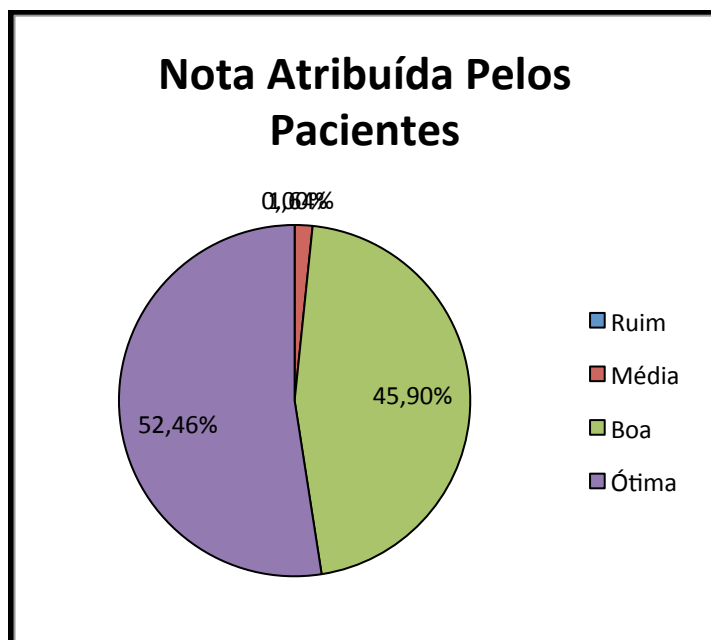


A interpretação dos questionários, permitiu que fossem feitas as seguintes avaliações descritas nos gráficos a seguir:

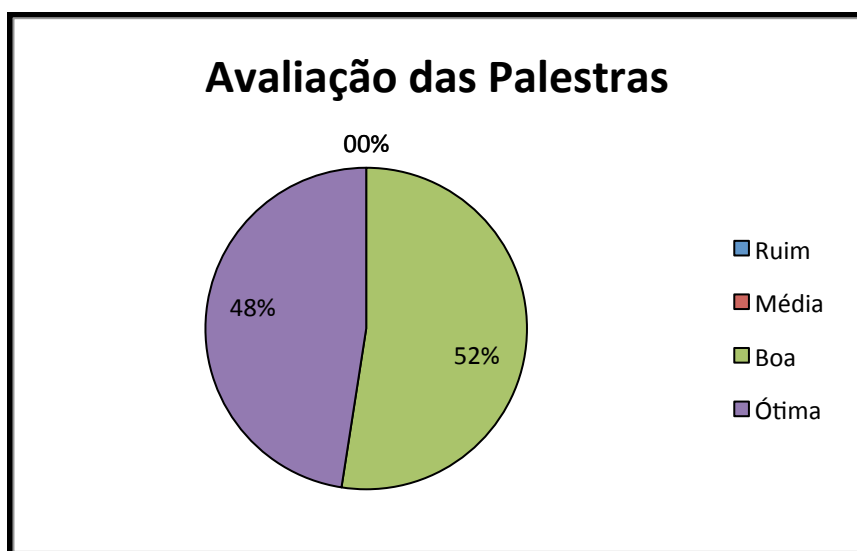
Os gráficos 1 e 2 permitem a avaliação da aceitação dos pacientes com relação ao desenvolvimento das atividades, buscando compreender como o paciente vê a realização das reuniões e quanta atenção ele dirige à mesma. Entendendo que as palestras são de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida neste público, pode-se inferir dos gráficos que as reuniões apresentaram uma avaliação satisfatória seja do ponto de vista geral quanto do ponto de vista específico das palestras realizadas, afinal não houve nenhuma nota que não fosse Boa ou Ótima neste quesito.



**Gráfico 1 – Distribuição percentual da nota geral do Hiperdia atribuída pelos pacientes.**

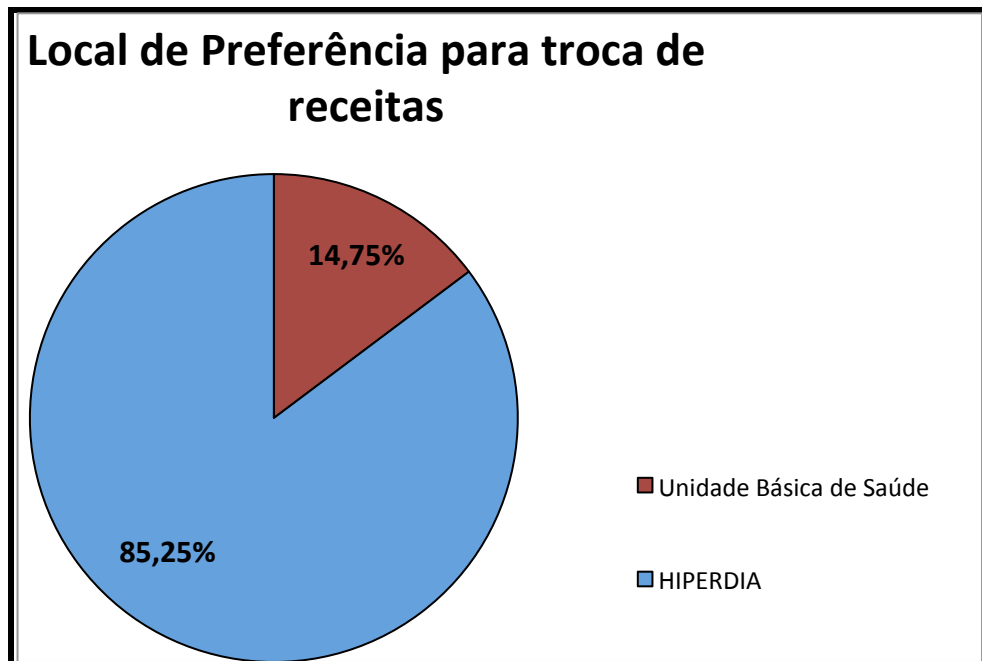


**Gráfico 2 – Distribuição percentual da nota atribuída pelos pacientes às palestras realizadas.**



Ainda neste sentido, o Gráfico 3 permitiu a avaliação do local de preferência para realização das trocas de receitas semestrais e foi utilizado para avaliar o benefício pessoal que as reuniões fora da UBS proporcionaram à população.

**Gráfico 3 – Distribuição Percentual do local de preferência para renovação de receitas.**

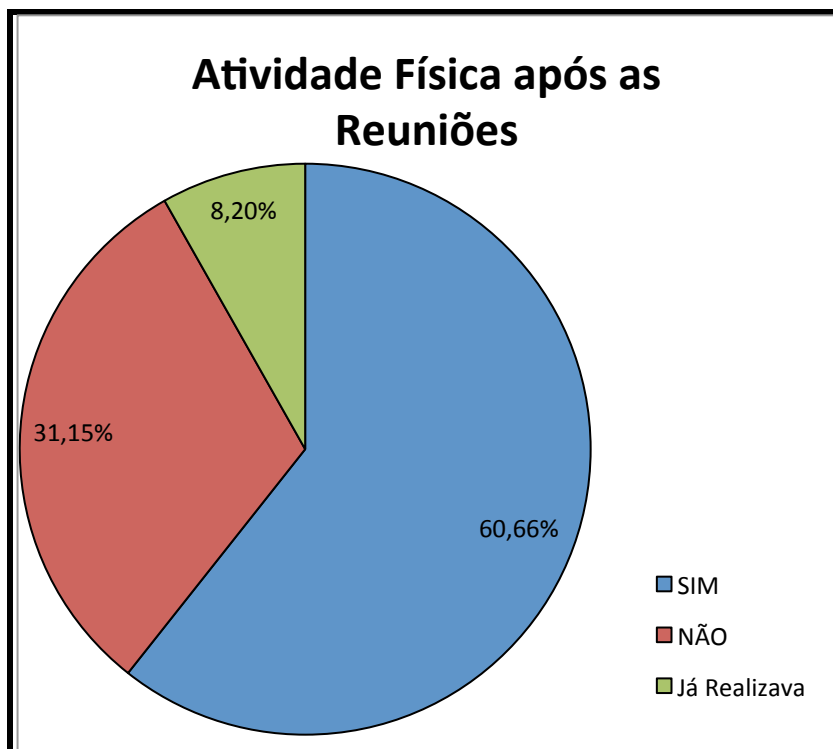


Assim, pode-se verificar que a expressiva maioria dos pacientes prefere que esta troca de receitas seja realizada nos ambientes do Hiperdia. Este fator pode ser determinado pela condição de que as reuniões são uma forma de socialização, melhores esclarecimentos de dúvidas quanto às patologias e melhor ambiente para aguardar até a consulta propriamente dita, saindo um pouco do ambiente apertado e muitas vezes quente encontrado na UBS's das cidades de clima Amazônico.

Além da avaliação geral sobre o Projeto e sua aceitação na comunidade, buscou-se ainda compreender o quanto o PI teve impacto sobre a saúde da população do ponto de vista de modificações do estilo de vida e aderência ao tratamento medicamentoso (Quesito importante dos objetivos específicos). Assim, levando em consideração o tempo para realização do estudo e os recursos disponíveis, foram realizadas avaliações através de questionários que compunham-se de conteúdo informado pelos próprios paciente sobre as modificações realizadas após as reuniões. Para evitar o viés de constrangimento, nenhum paciente foi identificado nos questionários e nenhum deles recebeu conduta punitiva diante de insucesso nas melhorias.

O Gráfico 4 permitiu a avaliação do quesito “Atividade Física” na população. Compunha-se de três opções a serem assinaladas, identificando se o paciente passou a praticar ou não atividade física regular após as orientações recebidas ou ainda se já praticava alguma atividade prévia.

**Gráfico 4 – Porcentagem de paciente que iniciaram atividade física após as reuniões.**

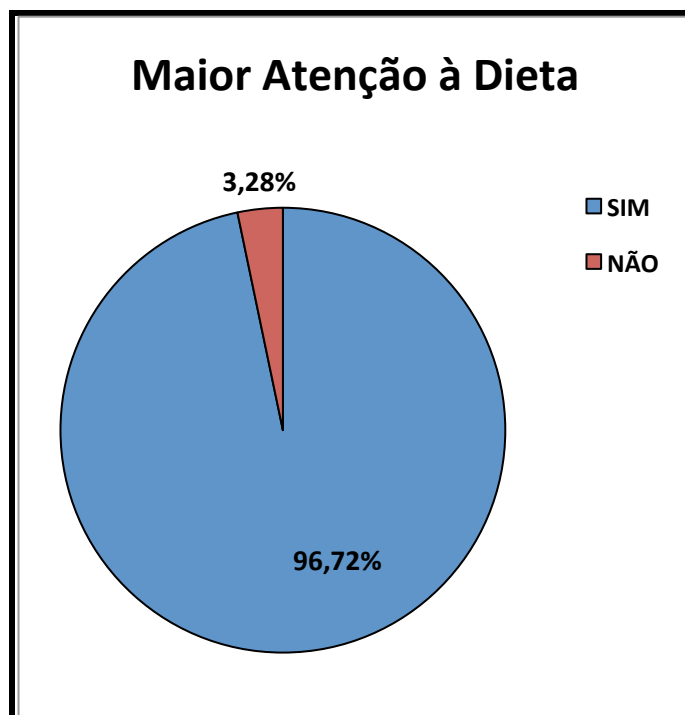


Assim, como observado no gráfico 4, percebemos ainda um grande percentual de pacientes que não realizam atividade física, que é peça chave para o tratamento não farmacológico de Hipertensão e Diabetes.

Uma avaliação mais aprofundada sobre este tópico, permite concluir que vários fatores são causadores da não-aderência a esta prática, dentre eles destacamos: Ausência de local apropriado na comunidade para a prática de atividade física, falta de incentivo local, limitações físicas impostas por comorbidades associadas ou pela idade.

Seguindo o processo de avaliação do PI, cabe ainda a interpretação dos dados referentes à modificação da dieta nos pacientes estudados. Neste sentido, o Gráfico 5 permite a avaliação percentual dos pacientes que realmente fizeram alterações quanto a atenção à dieta após as orientações no grupo.

**Gráfico 5 – Avaliação percentual dos pacientes quanto a melhoria na atenção à dieta.**



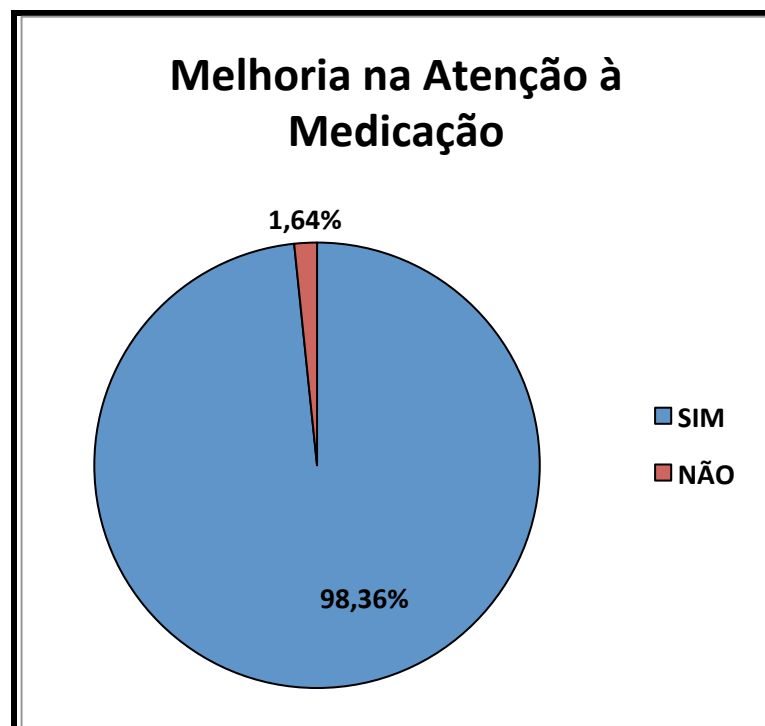
A análise do gráfico permite concluir que foi alcançado um resultado satisfatório quanto às orientações da importância de uma dieta saudável no paciente Hipertenso e Diabético, o que resulta ao fim em melhores níveis de controle das patologias.

Além das avaliações das modificações do estilo de vida, um ponto importante a observar na população estudada é a atenção ao tratamento medicamentoso das patologias abordadas neste Projeto. Assim, ainda no mesmo questionário, foi possível avaliar se houve ou não melhoria da atenção quanto ao tratamento (horários, regularidade, constância).

A análise do gráfico criado a partir de informações inferidas pelos pacientes, permite concluir que há de fato um incremento na melhor aderência ao tratamento medicamentoso na população.

O Questionário Sistematizado do Anexo 1, também contemplou a opinião dos paciente sobre a continuação ou não do Grupo de Hiperdia. A análise teve uma conclusão de que 100% dos pacientes desejam que as atividades continuem sendo executadas, o que expressa um nível excelente de satisfação coletiva com o que vem sendo desempenhado.

**Gráfico 6 – Percentual de melhoria na atenção ao tratamento medicamentoso.**



Além das informações obtidas pelo inquérito dos pacientes, o PI também foi avaliado quanto à Equipe de Saúde da Família, atendendo aos Objetivos específicos propostos no início deste trabalho. Assim, através de sucessivas reuniões com a equipe, pode-se verificar que houve uma melhoria importante na atenção ao paciente Hipertenso e/ou diabético, resultando em uma equipe de trabalho comprometida e mais sensível a estes agravos tão importantes dentro da comunidade adstrita pela UBS São Francisco.

Por fim, com o auxílio das fichas de produção avaliadas mensalmente, foi possível perceber a diminuição significativa das consultas ambulatoriais para troca de receitas na UBS, já que um novo ambiente e um novo momento foi criado para isto. Logo, houve uma reestruturação na dinâmica de funcionamento da UBS, o que permite melhor adequação ao fluxo e melhor oferta de consultas ambulatoriais para outros pacientes que necessitam de suporte clínico específico.

Outro fator importante foi a percepção clínica da redução de complicações decorrentes de Hipertensão e Diabetes na população acompanhada. Ou seja, clinicamente foi possível perceber que os pacientes, a partir do momento que começaram a receber acompanhamento mais próximo, sofreram menos descompensações decorrentes das patologias de base, refletindo assim uma melhoria subjetiva na saúde deste grupo estudado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A implantação do Grupo Hiperdia no cronograma da UBS São Francisco, surgiu como um divisor de águas na assistência integral ao indivíduo hipertenso e/ou diabético.

Ao longo das atividades, foram identificadas algumas fragilidades que são passíveis de novas interferências para que melhorias na dinâmica adotada possam ocorrer. Um ponto importante foi a baixa aderência da população às reuniões. Apesar de uma quantidade significativa de pessoas presentes nas reuniões, a maior parte dos pacientes previamente cadastrados não compareceu, até o encerramento da primeira fase, aos encontros. A justificativa para a baixa aderência pode ser obtida por diversos fatores, dentre eles: limitação à deambulação até as localidades onde se fazem as reuniões, necessidade de trabalhar no horário em que são realizadas as reuniões (período matutino da última sexta-feira de cada mês), falta de interesse da população, etc. Entretanto, novas estratégias podem e já estão sendo pensadas a partir deste Projeto que visam o constante aperfeiçoamento das ações, como divulgação cada vez mais efetiva das reuniões, maior número de encontros mensais e realização de encontros em dias e/ou horários mais convenientes aos pacientes que apresentam limitação de tempo.

A interpretação dos resultados permitiu identificar ainda que na comunidade há uma baixa aderência às atividades físicas, fator importante na estabilidade clínica do paciente hipertenso e/ou diabético. Interferências podem ser realizadas pela equipe de saúde como o estímulo constante das atividades físicas, criação de outros grupos específicos para realização de atividades físicas regulares e educação física efetiva juntamente com as parcerias com o NASF e Secretaria Municipal de Educação. No entanto, faz-se necessário repensar o saneamento básico e a infraestrutura da comunidade. Por se tratar de uma área periférica, poucos são os espaços oferecidos para a realização de atividade física em condições ideais, sobretudo para os idosos. Este é um nó crítico não modificável pela equipe de saúde, carecendo de atenção mais complexa à nível de gestão.

Apesar das fragilidades, os resultados inicialmente obtidos foram animadores e demonstram uma potencialidade significativa de influência positiva na saúde da população-alvo. Assim, abrem-se possibilidades para a estruturação de outros grupos como idosos, crianças, adolescentes, gestantes, tabagistas e outros, que podem utilizar a plataforma de implantação do Hiperdia como base para o desenvolvimento.

Além disso, novos estudos estatísticos podem ser realizados a partir deste Projeto de Intervenção que permitam provocar impacto significativo nesta população e por reação em cadeia promover a melhoria da qualidade de vida da população a nível municipal.

## **REFERÊNCIAS**



01. LOPES, Antonio Carlos. Tratado de Clínica Médica. 2.ed. Roca, 2009.
02. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. ArqBrasCardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
03. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. ArqBras Card. 2008;91(1):31-5.
04. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertension. 2009;27(5):963-75.
05. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
06. Benseñor IM, Lotufo PA. A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In.: Pierin AMG. Hipertensão Arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole, 2004.
07. Gusmão, JL. Adesão ao tratamento – conceitos. Ver. Bras. Hipertens. vol.13(1): 23-25, 2006.
08. BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Cartas 1. De Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, 1998. p. 11-8.
09. SILVA, ARV, et al. Educação em Saúde a portadores de Diabetes Mellitus tipo 2: Revisão Bibliográfica. Rev. Rene. v.10, n. 3, p.146-151, jul/set. 2009.
10. BORGES, Paulo César dos Santos. Pacientes hipertensos cadastrados no HIPERDIA em uma unidade de saúde do município de Florianópolis/SC: análise do perfil e controle da hipertensão arterial sistêmica. 2005. 132 f. Dissertação (Mestrado)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

## **ANEXO 1 - ANÁLISE SITUACIONAL**

Antes da análise situacional da estratégia de saúde da Família (ESF) na Unidade Básica, faz-se necessária uma análise do município onde a unidade se encontra. Esta análise permite o melhor entendimento do local onde está inserida a população alvo da unidade.

Assim, Ji-Paraná, cidade pertencente ao Estado de Rondônia, compõe-se hoje de 128.026 habitantes, é o segundo mais populoso do Estado e o décimo sexto mais populoso da Região Norte do Brasil. Ji-Paraná localiza-se na porção centro-leste do estado, na microrregião de Ji-Paraná e na mesorregião do Leste Rondoniense.

A cidade é dividida em dois distritos, e estes, são divididos pelo Rio Machado, o qual possui apenas uma ponte. A parte mais antiga da cidade é o centro do primeiro distrito, onde surgiram as primeiras casas e onde está o único *shopping center*. Após o Centro, o povoamento deu-se em direção ao segundo distrito, que possui, hoje, um centro comercial maior, mas que enfrenta alguns problemas, como enchentes e um índice mais alto de criminalidade, especialmente nas regiões da periferia (onde encontra-se a USF São Francisco – Alvo deste Projeto de Intervenção).

Quando se fala em economia, a agricultura (outrora grande contribuinte da economia da cidade), vem perdendo importância devido ao êxodo rural ocorrido nas últimas décadas. Porém, o município se destaca como um dos maiores centros de criação pecuária do estado. Com mais de 495.000 cabeças de gado bovino, possui a terceira maior criação de gado do Estado. A maior quantidade do rebanho é formada por bovinos de corte, que são abatidos por frigoríficos localizados no município. Além disso, o município é um dos maiores produtores de leite do Estado e conta com laticínios de grande porte.

Nos últimos anos, a cidade vem apresentando expansão da indústria e já conta com um Distrito Industrial em franco desenvolvimento. As principais indústrias da cidade são empresas exploradoras e exportadoras de granito, laticínios, serrarias, beneficiadoras e torrefadoras de café, beneficiamento de arroz etc.

De maneira geral, o nível de desemprego é baixo e segundo informações da Prefeitura Municipal, o IDH é de 0.753.

A ESF São Francisco, criada em 2000, localiza-se no 2º Distrito da Cidade e compõe-se atualmente de 2 equipes de saúde da família. A equipe 1, conta atualmente com um médico do programa mais médicos, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 7 Agentes Comunitário de Saúde(ACS's). A equipe 2, criada mais recentemente, conta também com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e outros 4ACS's.

Atualmente a equipe 1, estruturada há mais tempo e com certa experiência atua especificamente no Bairro São Francisco, abrangendo quase a totalidade do referido Bairro e é o foco deste PI.

Segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, dados computados até o dia 16/10/2014, evidenciam que existem 1063 famílias cadastradas pela equipe, totalizando 3554 pessoas, sendo 49,7% do sexo masculino e 50,3% do sexo feminino. A maior parte da população encontra-se na faixa etária 20-39 anos, porém a quantidade de pacientes com mais de 60 anos é expressiva. A pirâmide etária dos pacientes registrados assemelha-se a pirâmide etária do município.

Para melhor definir a ação da equipe, foi desenvolvido um mapa do território através do Aplicativo Google Earth com a delimitação de cada ACS em cores diferentes, bem como são marcados com alfinetes patologias específicas como tuberculose, hanseníase, HAS e DM. O mapa vem permitindo avaliar a extensão da área coberta e mapear adequadamente os pacientes na área, permitindo assim melhor definição das estratégias a serem tomadas.

Nos paciente acompanhados na unidade, as patologias mais prevalentes são (pela ordem): Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus não-insulinodependente, doenças osteoarticulares (artrites, artroses, etc.), Saúde Mental (depressão, distúrbios da ansiedade, dependência química, esquizofrenia), parasitoses intestinais (tanto em adultos quanto em crianças). A DST mais comumente encontrada é a lesão por HPV.

Nos bairros abarcados pela ESF São Francisco, predomina a baixa renda familiar (apesar do nível de desemprego não ser elevado), baixo grau de escolaridade e nível de instrução. Não existe saneamento básico e boa parte da drenagem dos dejetos dá-se a céu aberto.

Ademais, a superficialidade do lençol freático na região proporciona terreno alagadiço constantemente no período de chuvas, além de frequentes alagamentos

nas áreas de várzea favorecendo o hábitat para desenvolvimento de mosquitos, inclusive da espécie *Aedes*.

Devido à baixa cobertura asfáltica das vias, no período de seca da região amazônica, a poeira é evidente e também influi na saúde da população daquela localidade nas exacerbações de asma e DPOC.

A região também é conhecida pela grande concentração de dependentes químicos e intervenções policiais contra o tráfico são frequentes.

Estes fatores atrelados criam um cenário inadequado para a real manutenção da saúde daquela população, interferindo diretamente na incidência e prevalência das comorbidades mencionadas.

## **ANEXO 2 - QUESTIONÁRIO PARA OS PACIENTES QUE ESTIVERAM PRESENTES NOS ENCONTROS DO GRUPO HIPERDIA**

- 1) De maneira geral, qual a nota que você dá para as reuniões do Grupo Hiperdia que você participou?    ☐ Ruim    ☐ Média    ☐ Boa    ☐ Ótima
- 2) O que você achou da palestra dada pela equipe durante os encontros?  
☐ Ruim    ☐ Média    ☐ Boa    ☐ Ótima
- 3) Após a participação nos encontros você passou a praticar mais atividades físicas regulares?  
☐ Sim    ☐ Não    ☐ Já praticava
- 4) Você acha que após as reuniões ficou mais atento com o uso correto das medicações para Diabetes e Hipertensão?  
☐ Sim    ☐ Não
- 5) Você ficou mais atento com a dieta após as participações no grupo?  
☐ Sim    ☐ Não
- 6) Qual o local que você prefere para a renovação de receitas da Hipertensão e Diabetes?  
☐ UBS    ☐ HIPERDIA
- 7) Em sua opinião, as reuniões do Grupo Hiperdia devem continuar?  
☐ Sim    ☐ Não

Comentários:

---

---

---

---

---